

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 30 Octobre 1901, à 1 heure

Par LUCIEN DE MONTILLE

Né à l'île Maurice (anc. Ile de France), le 19 décembre 1874

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES ADHÉRENTES INFLAMMATOIRES

ET DE

Leur Traitement

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. RÉMY, professeur.

BROCA et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

4

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 30 Octobre 1901, à 1 heure

Par LUCIEN DE MONTILLE

Né à l'île Maurice (anc. Ile de France), le 49 décembre 1874

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES ADHÉRENTES INFLAMMATOIRES

ET DE

Leur Traitement

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. RÉMY, professeur.

BROCA et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

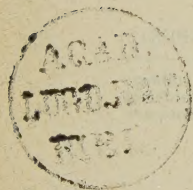
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs

	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE.
	JACCOUD.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TERRIER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LEDENTU
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HELM.	REMY.	WALTER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURZ.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Sous le nom de *hernies adhérentes*, on doit comprendre toute une série de hernies dans lesquelles le viscère présente des connexions partielles ou totales tellement intimes avec le péritoine que ces adhérences mêmes empêchent la réduction. Il y a donc dans cette variété de hernies, qui se rattachent naturellement à la classe des hernies irréductibles, toute une série de degrés en rapport avec l'étendue, l'ancienneté et la résistance des adhérences.

La division la plus généralement adoptée est celle qui a été proposée par Boiffin dans sa thèse en 1887 ; c'est celle à laquelle se rattachent M. le professeur Berger, dans son article du traité de chirurgie de MM. Duplay et Reclus et M. Jaboulay dans le traité de MM. Le Dentu et Delbet.

Elle comprend deux catégories de hernies adhérentes : la première répond aux adhérences inflammatoires qui peuvent être molles ou pseudo-membraneuses

ou au contraire plus dures, celluleuses, fibreuses et même calleuses. Tandis que les unes sont représentées par de simples filaments rares ou au contraire richement entrecroisés et donnant un aspect celluleux : d'autres sont plus étendues au point de réaliser la fusion totale des viscères avec le sac et s'accompagnent quelquefois d'épaississements inflammatoires considérables, voire même de productions en apparence sarcomateuses ou encore de tuberculose herniaire.

La seconde catégorie a reçu le nom de hernies adhérentes par glissement. Ici, comme le fait était à prévoir, il s'agit toujours de hernie du cœcum et du colon ascendant ou du colon descendant et de l'S iliaque qui sont pourvus d'un méso et peuvent glisser sous le péritoine en entraînant la formation d'un sac auquel le viscère adhère par le méso lui-même : C'est ce que Scarpa appelait les adhérences charnues naturelles.

Comme on le voit, ces deux variétés sont essentiellement différentes l'une de l'autre. Dans le premier cas, les adhérences sont de nature inflammatoire et de production secondaire la plupart du temps, à part quelques cas exceptionnels tels que ceux signalés par Klein et par Benno-Schmidt. Dans le second cas, l'adhérence est pour ainsi dire normale puisqu'elle est représentée par le méso lui-même, Son existence est antérieure à la production de la hernie.

Nous étudierons séparément ces deux variétés de hernies adhérentes en nous attachant surtout à la

première, puisque c'est à elle que se rapporte l'observation inédite que nous avons pu recueillir.

Bien que les faits de ce genre soient connus, il ne nous a pas paru sans intérêt de reprendre cette étude, car, d'un côté les hernies adhérentes inflammatoires sont certainement beaucoup plus rares aujourd'hui qu'autrefois, et, d'un autre côté, ces cas peuvent devenir assez embarrassants au cours de l'intervention dont la gravité est toujours beaucoup plus grande.

Avant de commencer cette modeste étude, nous ne saurions oublier tous les maîtres auxquels nous devons les plus sincères remerciements.

C'est dans le service de M. le professeur Le Dentu que nous avons observé et vu opérer le malade dont l'affection nous a inspiré ce travail. Que notre maître veuille bien croire à notre reconnaissance pour son savant enseignement et l'accueil si bienveillant que nous avons trouvé dans son service.

Ce n'est pas sans un souvenir ému que nous nous rappelons les leçons et la bonté de MM. les professeurs agrégés Routier, Quénu et Reclus auxquels nous adressons l'expression de toute notre gratitude. Que M. le professeur agrégé Poirier veuille bien en recevoir aussi une bonne part pour son enseignement si clair et l'hospitalité qu'il nous a accordée dans son laboratoire de l'Ecole Pratique, alors qu'il était chef des Travaux anatomiques.

Il ne nous est pas non plus permis d'oublier les cliniques si attrayantes de M. le professeur Dieulafoy et de M. Cuffer.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien agréer l'hommage de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Depuis les travaux de Scarpa, on a divisé, comme nous l'avons vu, les hernies adhérentes en deux classes : hernies adhérentes inflammatoires et hernies adhérentes par glissement.

MM. Peyrot, Campenon et Mayo, ont pensé qu'il serait logique de ne pas désigner la dernière catégorie par le nom de hernie adhérente. « Le moment est venu, dit M. Peyrot (1), dans le manuel de pathologie externe, de distraire résolument de la catégorie des hernies adhérentes ces hernies irréductibles par disposition anatomique spéciale du péritoine qui entre dans leur constitution ».

Mayo dit que les désignations « d'adhérences par glissement, d'adhérences naturelles », employées jusqu'à présent, doivent être remplacées par celles de « hernies du gros intestin par glissement ». Il est évident, en

(1) Peyrot. — *Manuel de path. ext.* t. III, p. 544.

effet, qu'il existe entre ces deux variétés de hernies des différences anatomiques et pathogéniques telles qu'on ne peut logiquement les rapprocher l'une de l'autre dans un même groupe, ni leur donner un même nom. Pourtant au point de vue clinique, elles présentent plus d'un point commun. Pour nous, laissant de côté les hernies adhérentes par glissement, nous nous occuperons seulement de la variété inflammatoire.

« Il y a plusieurs espèces d'adhérences herniaires dit J.-L. Petit; quelquefois l'adhérence n'est que le contact de deux parties enflammées qui se trouvent collées l'une à l'autre parce que la chaleur a dissipé le plus de fluide de la lymphe qui mouille naturellement leur surface ».

« La vraie adhérence est plus forte; quelquefois ce qui lie les parties est comme du tissu cellulaire, d'autres fois, l'adhérence est intime, de manière que les substances des deux parties adhérentes sont pour ainsi dire confondues ».

Enfin, il y a de vieilles adhérences que l'on peut appeler calleuses; celles-ci n'arrivent qu'aux vieilles hernies.

D'après Arnaud, il y aurait quatre variétés d'adhérences : « Les adhérences par agglutination, qui sont les plus communes; toutes les hernies y sont sujettes; elles se détachent assez facilement en passant le doigt index entre les parties.

Lorsque l'intestin se trouve uni par cette espèce d'adhérence avec le sac herniaire dans l'endroit où il est serré par l'anneau, il n'y a pas assez d'espace pour

que le doigt ait la liberté de tourner autour de l'intestin. Il est impossible de lever cet obstacle, si l'on n'est muni d'un petit instrument spécial en argent, dont je me sers ».

La deuxième catégorie d'Arnaud comprend ce qu'il appelle les adhérences fibreuses qui commencent par être mucilagineuses et deviennent ensuite aussi solides que du tendon.

Dans la troisième variété, il range les adhérences charnues qui sont constituées par des cicatrices dures et calleuses et particulièrement dans les hernies ombilicales des grandes multipares.

Enfin, dans une dernière classe, Arnaud décrit les adhérences spongieuses, mais, comme le fait justement remarquer Boiffin dans sa thèse, « il est évident qu'Arnaud fait allusion à des carcinomes développés dans de vieilles hernies ».

Richter décrivait des adhérences filamenteuses, des adhérences charnues et des adhérences spongieuses, mais cette dernière catégorie ne répondait pas aux adhérences du même nom d'Arnaud, elle s'appliquait au contraire aux adhérences peu organisées, molles et faciles à séparer avec le doigt.

Scarpa reconnaît, lui aussi, trois espèces d'adhérences : « l'adhérence gélatineuse, produit ordinaire de l'inflammation adhésive ».

« L'adhérence filamenteuse ou membraneuse consiste en un certain nombre de filaments organisés ou de petites lames nombreuses de longueur, de forme, de nombre très variables ; c'est un véritable tissu organisé. »

La troisième variété ou adhérence charnue peut être divisée en deux espèces, l'une non naturelle, l'autre naturelle. La charnue non naturelle ne diffère de la membraneuse que par son épaisseur et sa consistance plus grandes, tandis que la charnue naturelle est formée par les mêmes liens qui fixaient naturellement l'intestin dans la cavité abdominale et qui ont été entraînés avec lui ».

Cruveilhier dans son admirable *traité d'anatomie pathologique* décrit dans les hernies :

1° Les adhérences pseudo-membraneuses ou couenneuses ;

2° Les adhérences celluleuses ou fibreuses ;

3° Les adhérences filamenteuses ;

4° Les adhérences tuberculeuses.

Comme le fait remarquer Boiffin, cette division est mauvaise « car les deux premières variétés sont distinguées d'après leur structure, la troisième d'après sa forme, enfin les lésions tuberculeuses n'ont rien à voir avec cette question. De plus, Cruveilhier passe complètement sous silence l'adhérence par glissement du péritoine ».

Nicaise et Barette, dans leurs thèses, décrivent également ces adhérences. Boiffin les divise en adhérences par inflammation et adhérences par glissement,

En réalité, on peut diviser différemment les hernies adhérentes suivant le point de vue auquel on les envisage. Se place-t-on au point de vue anatomo-pathologique pur, la classification paraît excellente, qu'il s'agisse d'adhérences par inflammation ou par

glissement, l'adhérence existe réellement; et ces deux variétés méritent d'être rapprochées au point de vue clinique, car étant donnée une hernie présentant des caractères que nous auront à préciser plus loin, il est véritablement difficile, pour ne pas dire impossible de diagnostiquer sans l'opération la nature de ces adhérences mêmes. A ce double point de vue, les adhérences inflammatoires et les adhérences par glissement méritent d'être rapprochées; mais si l'on étudie le mode de formation des adhérences, si l'on se place au point de vue pathogénique, la différence entre l'adhérence inflammatoire et l'adhérence par glissement est si profondément marquée que tout rapprochement entre elles devient impossible.

Il ne nous appartient pas de les séparer les unes des autres, et comme nous l'avons dit, nous ne devons nous occuper ici que de la première variété.

Le mode de formation des adhérences inflammatoires est actuellement bien élucidé. Par l'inflammation de la séreuse, on voit se former dans le sac herniaire un épanchement abondant de liquide contenant une grande proportion de substance fibrinogène. La fibrine se dépose, formant ici des lames superposées sur la membrane enflammée, des flocons s'agglutinent en réseaux variés. Quand le liquide se résorbe, les exsudats fibrineux s'unissent, s'organisent constituant des brides, des soudures véritables entre le sac et les viscères herniés. Ainsi se trouvent formées des adhérences molles et gélatineuses qui deviennent pseudo-membraneuses, s'épaississent, s'or-

ganisent par développement de capillaires sanguins de nouvelle formation.

Peu à peu la structure de ces adhérences s'élève; des éléments de tissu conjonctif jeune y apparaissent et il se forme un véritable tissu fibreux de cicatrice. C'est en se basant sur ces faits que Boiffin proposait d'appeler fausses adhérences celles qui étaient formées d'exsudats fibrineux, et adhérences vraies celles dont la substance, plus élevée comme formation, devenait résistante et fibreuse.

Le viscère hernié pourra donc présenter des adhérences variables par leur forme, par leur degré d'organisation et aussi, au point de vue clinique et thérapeutique, par leur longueur qui laisse persister ou supprime la mobilité du viscère.

Boiffin avait bien vu l'importance de ce dernier point, lorsqu'il disait de ces adhérences : « elles sont longues ou courtes, ou mieux lâches ou serrées ; les déformations de l'intestin et les difficultés opératoires sont en raison directe du degré de rapprochement des surfaces adhérentes. »

Ces adhérences dont nous venons de rappeler les modalités variées peuvent unir au sac l'épiploon, l'intestin grêle, les franges épiploïques ou le gros intestin.

Les adhérences du sac avec l'intestin grêle sont de beaucoup les plus rares et cela, disaient les anciens auteurs, en raison des mouvements possibles entre l'organe hernié et son sac.

L'épiploon peut être adhérent au sac seul, aux vis-

cères ; il peut même adhérer aux deux tout à la fois.

L'intestin ainsi agglutiné peut présenter de grandes modifications dans sa forme ; tantôt il est coudé par une bride, tantôt les deux branches d'une anse intestinale sont fixées par des adhérences au sac ; enfin, les deux branches d'une anse grêle peuvent se trouver agglutinées ensemble, et dans certains cas, comme dans notre observation inédite, véritablement accolées en canons de fusil. Dans ce fait d'ailleurs, l'union entre la séreuse pariétale et la séreuse viscérale était venue se surajouter au reste, de telle sorte qu'on ne trouvait plus, pour ainsi dire, de sac herniaire. Celui-ci semblait remplacé par des adhérences multiples, véritable fusionnement du sac séreux avec le péritoine de l'anse herniée.

On conçoit que de telles dispositions, qu'elles portent sur l'épiploon, le gros intestin ou l'intestin grêle, soient de nature à compliquer singulièrement l'intervention chirurgicale.

Du reste, les adhérences ne sont pas toujours limitées dans le sac lui-même, on les rencontre au niveau du pédicule, voire même au-delà du collet du sac en remontant vers la cavité abdominale. Ce sont alors, comme dit Boiffin, des adhérences abdominales plutôt que des adhérences herniaires.

Signalons encore, comme une variété très rare d'adhérences, celles qui unissent le viscère au testicule ectopié ou non

« Enfin, dit Richter, il s'accumule quelquefois de l'eau dans la cavité des hernies adhérentes ; si le col

du sac est fermé de manière que ces tumeurs ne puissent passer dans le ventre, elle devient quelquefois si abondante qu'elle cause des douleurs et d'autres accidents redoutables qui forcent le chirurgien à faire une ouverture pour l'évacuer. »

D'autres fois, le hasard d'adhérences multiples pourra donner naissance à des cavités, à des logettes remplies de sérosité dans lesquelles la tension du liquide peut devenir assez forte pour refouler et comprimer l'anse intestinale.

Mais ce n'est pas seulement la séreuse qui présente des modifications dans sa structure ; toutes les parois de l'organe sont profondément modifiées et les lésions de l'intestin sont susceptibles de passer par tous les degrés pour arriver jusqu'à celles qu'on trouve dans la péritonite herniaire ; la muqueuse intestinale est congestionnée, surtout au bout supérieur ; les parois intestinales sont œdématisées, la muqueuse rouge, épaissie, présente de gros replis, des érosions et même des pertes de substance qui peuvent aboutir à la perforation.

D'autres fois ce sont des lésions différentes ; l'infiltration chronique et prolongée des parois de l'intestin adhérent amène des épaisissements qui deviennent fibreux, comme cicatriciels et, se rétractant, diminuent le calibre de l'intestin, comme Boiffin en a publié un bel exemple entre autres. — Rigal et Cruveilhier auraient même observé l'oblitération complète de l'intestin hernié et adhérent.

Si la hernie contient le gros intestin, ce sont surtout

les franges épiploïques qui se modifient, prennent un développement parfois considérable et deviennent adhérentes au sac ; elles se chargent de graisse et forment de vraies tumeurs ; elles se divisent, s'unissent, et si l'épiploon est lui aussi hernié, on assiste à la formation d'une véritable tumeur formée d'un lacis inextricable et dont la direction est fort pénible.



ÉTIOLOGIE

Bien que Klein (1) et Bennos Schmidt (2) aient signalé des cas où les adhérences auraient existé avant la hernie et auraient même joué un rôle important dans la production, le plus généralement les adhérences sont au contraire consécutives.

Mais toutes les hernies ne sont pas également sujettes à contracter des adhérences. Il est certain que celles qui contiennent de l'épiploon sont bien plus aptes à en contracter avec le sac et à devenir ainsi complètement ou partiellement irréductibles. Les épiplocèles et les entéroépiplocèles sont donc plus souvent adhérentes que les autres hernies.

D'autre part, la portion de l'intestin herniée dans l'entérocele, n'est pas à ce point de vue indifférente. L'intestin grêle peut contracter des adhérences ; notre

(1) Klein. — Th. Suang de Giessen, 1868.

(2) Schmidt. — *Deutsch. chir.* 1896, p. 127.

observation personnelle en est une preuve remarquable ; mais les adhérences sont bien plus fréquentes dans les hernies du gros intestin, même si on ne tient pas compte des hernies adhérentes par glissement. Les adhérences inflammatoires se font alors aux dépens des franges épiploïques qui ont presque autant de tendance que l'épiploon à s'enflammer et à se fusionner avec les portions de séreuse voisines. Il est encore à noter que ce sont surtout les hernies moyennes ou grosses, mais tout particulièrement les vieilles hernies ou celles qui sont rebelles au bandage et s'insinuent sous lui qui présentent des adhérences.

En effet, si l'on interroge le malade sur ce qui s'est passé antérieurement, on apprend de lui qu'il est porteur d'une hernie déjà très ancienne et d'un assez gros volume ; au début elle rentrait sans trop de difficulté, mais peu à peu elle grossit et tend à perdre droit de domicile dans l'abdomen. Elle est donc exposée à des irritations multiples et particulièrement à de véritables petits traumatismes chroniques, tels que ceux qui sont produits par le froissement des jambes, le frottement d'un vêtement.

Il est tout à fait exceptionnel que la réunion des causes conduise à un accident aigu quelconque.

Ces diverses causes d'irritation s'accompagnent bientôt d'altération du péritoine sacculaire et viscéral dont les deux feuillets accolés vont s'organiser pour fixer la hernie au sac.

Aussi, ce seront surtout les hernieux peu soucieux de leur état, ceux qui ne portent pas habituellement

de bandage ou mieux encore ceux qui portent un bandage mal fait, mal appliqué et contenant mal la hernie qui présenteront le plus souvent des adhérences.

D'un autre côté, la péritonite herniaire doit aussi être mise en cause, mais cette étiologie est beaucoup plus rare. En somme, dans la majorité des cas, l'étiologie de ces adhérences est assez obscure; tout ce qu'on peut dire, c'est que suivant la remarque de Jaboulay « on trouve fréquemment dans les antécédents de la hernie un ou plusieurs de ces accès d'irréductibilité passagère que nous avons attribués précédemment à des étranglements peu serrés. Il faut admettre alors que ces accidents s'accompagnent d'un certain degré d'irritation péritonéale suffisant pour déterminer la formation d'adhérences ». (Jaboulay) Ces accidents subaigus ne sont cependant pas constants.

Enfin, dans les cas exceptionnels, la tuberculose et les néoplasmes sont susceptibles de déterminer des adhérences; mais ce sont là des faits très rares.

Dans les travaux qui traitent de la tuberculose herniaire, les auteurs parlent peu de ces adhérences (1).

(*) Nurdin. — Thèse de Paris, 1897.

SYMPTOMES ET ACCIDENTS

Les hernies adhérentes se manifestent généralement par l'apparition d'accidents légers d'abord et qui plus tard peuvent revêtir des caractères de la plus haute gravité. Le malade ressent des tiraillements et des douleurs vagues du côté de sa hernie surtout lorsqu'il est debout et quand il marche. La toux, les efforts deviennent pénibles et s'accompagnent d'une augmentation de volume de la hernie ; celle-ci devient plus difficilement réductible ; réduite, elle est difficile à maintenir et tend à s'échapper en glissant sous le bandage. Une alimentation un peu copieuse, des boissons trop abondantes, entraînent des troubles digestifs plus ou moins accusés jusqu'au jour où la tumeur ne peut plus être rentrée et devient sensible à la pression. — On note à ce moment des coliques, des nausées, des vomissements, un peu de tension du ventre et de la constipation. La durée de ces accidents est courte et après un purgatif et du repos tout rentre

dans l'ordre ; plusieurs attaques de ce genre se succèdent et après chacune d'elles la lésion est aggravée, parfois même le port du bandage devient impossible. C'est donc d'une façon lente et insidieuse, comme par poussées que la maladie procède, si bien que comme le dit Jaboulay « il est presque toujours impossible de savoir avec précision depuis combien de temps une hernie qu'on examine est adhérente ». A l'examen, on trouve un anneau ordinairement large ; le principal caractère est l'irréductibilité de la hernie ; il faut la rechercher avec soin. Les unes ne peuvent absolument pas être rentrées dans l'abdomen, les autres ne sont que partiellement réductibles. On peut quelquefois, par le taxis, obtenir une diminution de volume de la tumeur ; non pas que l'on ait réintégré les viscères dans l'abdomen mais bien parce qu'on a vidé l'intestin de son contenu soluble ou gazeux.

On constate, en effet, après un taxis soigneusement fait, qu'il persiste une masse plus ou moins pâteuse présentant des noyaux durs. Après la réduction partielle, on pourra sentir vers l'orifice herniaire et se prolongeant même dans l'abdomen « la corde épiploïque » sur laquelle insistait Velpeau. Quelquefois, l'irréductibilité paraît manquer complètement, c'est que les viscères agglutinés entre eux sont réduits en masse et ne présentent pas d'adhérences avec le sac. De même les adhérences longues peuvent permettre l'illusion d'une réduction complète ; mais si on examine le malade avec soin, on sent, après la réduction, que le sac est entraîné vers l'anneau herniaire et tend à se

retourner en doigt de gant. Le bandage appliqué après une pareille réduction devient insuffisant à maintenir la hernie qui se reproduit bientôt dès que le malade se lève ou fait un effort.

Bientôt des accidents plus graves vont apparaître. Les uns avec une marche aiguë sont liés à l'étranglement véritable de la hernie ou encore à l'occlusion intestinale, à une sorte de volvulus ; les autres ont une marche beaucoup plus lente et constituent les formes subaiguë, lente ou chronique.

Dans la forme aiguë, la hernie devient volumineuse, complètement irréductible et douloureuse, la douleur est ordinairement marquée au niveau du pédicule, les vomissements font leur apparition la constipation est absolue et en quelques jours on a tous les symptômes caractéristiques de l'étranglement.

Les accidents subaigus, lents ou chroniques sont plus fréquents, la hernie augmente de volume ; à chaque crise les symptômes s'aggravent, la constipation devient de plus en plus opiniâtre, entrecoupée par quelques débâcles, enfin elle est absolue sauf toutefois pour les gaz. La tumeur herniaire devient tendue et douloureuse, mais la douleur est moins accusée ou fait défaut au niveau du pédicule ; cependant les vomissements sont d'abord peu abondants et ne prennent le caractère stercoral qu'au bout de 10 à 15 jours ; l'état du malade devient véritablement inquiétant, puis de nouveau les accidents se calment jusqu'à l'apparition d'une nouvelle crise.

Enfin quelques malades arrivent à un état d'épuis-

sement lent et finissent par mourir dans le marasme.

Les symptômes de ces accidents sont dus à une brusque coudure de l'intestin (Hartmann (1), Lingen (2), Jaboulay (3), ou bien à un véritable volvulus de l'intestin qui s'enroule autour d'une bride ou se tord sur lui-même (Benno-Schmidt) au point de pouvoir amener l'oblitération des vaisseaux mésentériques et le sphacèle de la portion ainsi privée de son irrigation sanguine.

Ces graves accidents des hernies adhérentes ont été diversement interprétés par les auteurs. — *Goursand* les attribuait à l'engouement, *Malgaigne* y voyait le type du pseudo-étranglement inflammatoire. *Josselin* émit l'opinion qu'il pouvait bien s'agir d'étranglement peu serré ; d'ailleurs l'étranglement d'une hernie adhérente n'est pas exceptionnel et en 1873 *M. Le Dentu* (4) en a cité un exemple bien probant.

Dans un mémoire présenté en 1880 à la Société de chirurgie, *Bourguet* (5) d'Aix, établissait à son tour avec des faits assez nombreux à l'appui la possibilité de l'étranglement des hernies adhérentes, et recherchait

(1) Hartmann. — *Soc. anat.*, 1883.

(2) Lingen. — *St-Petersburg med. Woch.*, 1883.

(3) Jaboulay. — *Traité de chir.* Le Dentu et Delbet T. VII, p. 653.

(4) Le Dentu. — *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, 1873.

(5) Bourguet. — *Soc. de chir.*, 1880.

les meilleurs signes de diagnostic. — La thèse de Barette (1) apporta de nouveaux faits semblables.

Il est à remarquer que ces accidents d'étranglement vrai surviennent plutôt avec une hernie adhérente peu volumineuse qu'avec ces hernies énormes qui ont pour ainsi dire perdu droit de domicile dans l'abdomen.

Dans d'autres cas, ce sont des phénomènes d'occlusion intestinale herniaire que l'on rencontre.

Les causes de ces occlusions sont nombreuses ; Peyrot et Barette les divisent ainsi :

1^o *Obluration* par corps étranger dans la cavité : c'est là un mécanisme des plus rares et dans lequel l'inertie de l'intestin joue un rôle non moins important que son contenu ;

2^o *Les Rétrécissements* qui sont le plus souvent inflammatoires mais qui peuvent exceptionnellement être dus à un néoplasme herniaire. Boiffin cite, entre autres, un remarquable exemple de rétrécissement cancéreux développé dans une vieille hernie ;

3^o *Compressions*. — Le plus souvent, l'occlusion est due à une adhérence formant bride et sur laquelle l'intestin vient s'appuyer. On peut aussi voir l'intestin sortir à travers un orifice de l'épiploon adhérent au sac : ainsi se trouve réalisé un véritable étranglement

(1) Barette. — Thèse de Paris, 1883.

interne. Enfin lorsque des adhérences multiples ont produit des cloisonnements du sac, de la sérosité ou du pus peuvent s'accumuler dans ces loges sous une tension assez forte pour comprimer l'intestin et l'oblitérer ;

4° *Vices de Position.* — Ce sont là les causes les plus fréquentes de beaucoup. — Cloquet a vu l'invagination se produire, une portion de l'intestin s'engageant dans la portion sous jacente fixée par des adhérences. Plus souvent l'anse herniée voit ses deux branches se souder après coudure à angle aigu : dans notre observation, cette disposition était très accusée et les deux branches de l'anse étaient accolées en canon de fusil. — Trélat (1) et Labbé ont signalé en 1871, des faits analogues, qui venaient à l'appui des mémoires de Cossy (1856) et de Besnier (1860). — Sous l'influence de Trélat, son élève Mougeot (2) reprit l'étude de cet accident et rapporta quatre faits nouveaux, et Nicaise écrivit un article dans la *Gazette médicale de Paris* la même année, sur le rôle des adhérences dans les phénomènes d'étranglement.

En somme, nous devons conclure de ce rapide exposé que les accidents des hernies adhérentes peuvent être de nature variable, et qu'il est indispensable de les prévoir de bonne heure et de ne pas temporiser

(1) Trélat. — *Soc. de chir.*, 1871.

(2) Mougeot. — Thèse de Paris, 1874.

(3) Nicaise. — *Gaz. méd. de Paris*.

en s'appuyant sur la lenteur de l'évolution et la marche insidieuse. Toute hernie adhérente doit être traitée le plus tôt possible et le diagnostic des adhérences pour être délicat n'en est pas moins possible en s'appuyant sur les signes physiques et sur les signes fonctionnels que nous avons exposés plus haut.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance du docteur R. Petit, chef de clinique,
adjoint à l'hôpital Necker).

P. J..., 48 ans, ouvrier typographe, entre à l'hôpital Necker au mois d'avril 1897, à la salle Malgaigne, dans le service de M. le professeur Le Dentu. Cet homme était porteur d'une hernie inguinale droite dont il s'était aperçu pour la première fois à l'âge de 21 ans.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels si ce n'est un peu d'éthylisme.

A l'examen, on voit une tumeur piriforme un peu plus volumineuse que le poing descendant dans la bourse droite ; le testicule en est séparé et forme à la partie inférieure une saillie distincte.

A la percussion, la tumeur est sonore dans presque toute son étendue, le palper nous permet d'apprécier la consistance

molasse avec des inégalités. Il s'agit d'ailleurs nettement d'une hernie, car la tumeur présente un pédicule qui rentre dans l'abdomen par l'anneau inguinal. Cet anneau est extrêmement élargi, on en sent les bords amincis ; du reste la paroi abdominale est notamment affaiblie et a perdu de sa consistance.

Dans les efforts de toux, la tumeur pointe en avant et on y sent de l'impulsion.

Bien que cette hernie grosse il est vrai, ne fut pas parmi les plus volumineuses, toute tentative de réduction demeura infructueuse. On n'obtenait, par le taxis, qu'une réduction très incomplète et dès que la main était retirée toute la hernie ressortait brusquement. Le malade éprouve de temps à autre des douleurs vagues, parfois même des coliques revêtant un certain degré d'acuité. Ces crises de douleurs coïncident assez souvent mais non toujours avec des périodes de constipation pendant lesquelles la hernie augmentait de volume et devenait sensible à la pression.

C'est précisément parce que ces phénomènes douloureux se répétaient d'une façon plus fréquente que le malade se décida à entrer à l'hôpital. Il avoue d'ailleurs que depuis qu'il s'est aperçu de cette hernie, il n'a jamais pris aucune précaution. Il aurait essayé de porter un bandage il y a dix ans, mais, ne pouvant supporter cet appareil soit qu'il fut mal fait ou mal appliqué, soit que la hernie fut déjà irréductible.

Opération. — L'opération fut faite, par M. R. Petit, interne du service. Après avoir fait l'incision habituelle, on commence la recherche du sac. Cette recherche au milieu d'un tissu adipeux abondant est très difficile, on finit par trouver une partie dure et épaisse que l'on pense être le sac enflammé. On

incise avec précaution et on arrive dans la cavité intestinale. Trois fois la même recherche conduit au même résultat ; enfin dans une quatrième tentative, on ouvre une petite cavité contenant un peu de liquide et qui est formée en avant par le sac péritonéal, en arrière par deux anses intestinales accolées en canons de fusil et d'ailleurs adhérentes au sac sur tout le pourtour.

Ne pouvant arriver à dégager davantage l'intestin, l'incision est prolongée en haut au delà des limites de l'anneau inguinal de façon à faire une hernio-laparotomie. On entre directement dans la cavité péritonéale au dessus de l'anneau et le doigt introduit à ce niveau perçoit une anse intestinale dont les deux branches accolées s'engagent dans le trajet inguinal et y adhèrent. On incise ainsi le péritoine tout autour de l'anneau en le repérant avec des pinces. L'anse intestinale est alors libérée assez facilement ; mais on ne trouve pas trace de sac, celui-ci étant fusionné avec la séreuse de l'anse intestinale sur toute son étendue. D'ailleurs le mésentère entre les deux branches de l'anse s'était rétracté et ces deux anses étaient accolées en canons de fusil. Dans l'impossibilité de détruire cette coudure intestinale, devant ces faits que l'anse ne présentait plus une surface séreuse et qu'elle avait trois fois été perforée, on réséqua cette portion de l'intestin et l'on fit une entérorrhaphie circulaire à trois étages. Suture du péritoine en surjet, reconstitution de la paroi abdominale ; comme l'intestin avait été ouvert un drain est laissé à la partie inférieure de la plaie suturée.

Le troisième jour, le malade n'ayant eu aucune élévation de température, on lève le pansement. Il n'y a pas de suppuration ni de suintement. On retire le drain. Les suites opératoires

furent très simples et le malade quitta l'hôpital au bout d'un mois.

(La pièce, qu'il eût été intéressant d'examiner histologiquement, n'a malheureusement pas été gardée).

OBSERVATION II

(A. Cooper, p. 250.)

*Hernie ancienne. — Etranglement. — Opération. — Adhérences.
Réduction. — Guérison.*

Il s'agissait d'une hernie scrotale irréductible chez un jeune homme de 23 ans. Depuis cinq ans la hernie n'avait jamais été complètement réduite. Dans l'opération, la première ouverture que l'on pratiqua au sac, laissa écouler une quantité considérable de sérosité.

La hernie était formée par une anse de l'intestin grêle; entre cette anse intestinale et la surface interne du sac, existaient des *adhérences résistantes*, qui nécessitèrent une *dissection longue et difficile*.

L'intestin, la partie inférieure du sac, et la partie supérieure de la tunique vaginale, étaient agglutinés en une masse commune. Il y avait aussi, vers le collet du sac, des *adhérences très solides*; cependant, après une dissection convenable, l'intestin fut enfin déplacé.

L'étranglement remontait à quelque distance au-dessus de l'anneau.

Le troisième jour, le scrotum se tuméfia et devint très douloureux.

Le quatrième jour, il continua à augmenter de volume, et les sutures partirent.

Le cinquième jour dans la soirée, il sortit de la plaie environ trois onces de pus, la suppuration alla en diminuant jusqu'à l'apparition de bourgeons charnus. Alors la cicatrisation marcha rapidement et depuis il n'y a point eu de récive.

OBSERVATION III

(A. Cooper, page 275.)

Hernie crurale ancienne. — Accidents. — Opération — Adhérences de l'intestin au collet. — Réduction. — Guérison.

Une malade, nommée Bisphain, portait depuis plusieurs années une hernie fémorale, qui devint très douloureuse, sans que cependant le cours des matières s'interrompit, et la força de garder le lit à cause de la vive douleur qu'elle éprouvait lorsqu'elle cherchait à appuyer le pied sur le sol. Après que la malade fût restée plusieurs jours dans cet état, je la vis et je fis, mais en vain, plusieurs tentatives de réduction. Huit jours après la douleur et l'impossibilité des mouvements persistant, je conseillai l'opération, qui fut pratiquée par M. Holt; lorsque le

sac eut été ouvert, ou trouva *une petite portion d'intestin adhérent solidement à l'entrée du sac* et fortement enflammée mais non gangrénée. Cette partie étranglée était constituée par une portion si petite de la circonférence de l'intestin, que la cavité de ce dernier offrait encore un libre passage aux matières ; aussi cet étranglement partiel n'avait-il produit aucune constipation.

Mais cette petite portion se trouvait douloureusement comprimée par les efforts que la malade faisait pour mettre la cuisse dans l'extension, ce qui rend compte de l'impossibilité où elle était de se mouvoir. M. Holt détruisit, avec beaucoup de soin, les adhérences, et replaça l'intestin dans l'abdomen ; la plaie était guérie le dixième jour.

OBSERVATION IV

(A. Cooper. p. 236.)

Hernie adhérente étranglée. — Opération. — Mort.

J. Bridgland, âgé d'environ 45 ans. Il y a environ dix-huit mois, il lui survint une hernie gauche, il porte *constamment un bandage*. Dans l'après-midi du 4 février, la hernie se reproduisit, tous mes efforts pour la réduire furent sans succès. Le taxis n'était pas douloureux.

D'après la sensation que la tumeur donnait au toucher, et d'après son aspect, j'avais conçu l'espoir qu'il s'agissait seulement d'une hernie épiploïque. Mais comme les symptômes

augmentaient d'intensité, et qu'il n'y avait aucune selle, il me parut très probable que l'intestin faisait partie de la tumeur. Cependant au bout de 36 heures, les symptômes se modérèrent.

Le lendemain, je trouvai l'état du malade beaucoup plus alarmant ; dans les derniers vomissements, il avait rejeté une petite quantité d'un liquide couleur café, ces circonstances me déterminèrent à pratiquer l'opération à l'instant même.

Le sac herniaire étant alors mis à nu, une petite ouverture fut pratiquée vers sa partie inférieure ; il s'en échappa au même instant un paquet graisseux que je pris pour l'épiploon ; mais en continuant la division du sac jusqu'à un demi-pouce de l'anneau, je reconnus le côlon dans un état de distension et d'inflammation intense ; il était enveloppé dans une poche que lui formait de toutes parts le mésocôlon, excepté dans la portion comprise entre le côlon et l'anneau inguinal.

D'après cette disposition, il est évident que le mésocôlon était descendu avant le côlon,

Comme je ne pouvais introduire qu'avec peine le bout du doigt dans l'étranglement, je m'efforçai, mais sans succès, de vider l'intestin distendu. J'introduisis alors un bistouri boutonné entre le sac et l'aponévrose, et je divisai l'étranglement. L'intestin était alors délivré de toute constriction, je trouvai que *toute la partie postérieure du mésocôlon déplacé adhérait au sac herniaire assez solidement, pour faire en quelque sorte corps avec lui.* Un examen attentif me fit découvrir que ces adhérences se continuaient dans la cavité abdominale, au-delà du point où le doigt pouvait atteindre. Elles s'étendaient à quatre pouces au-dessous de l'anneau, dans toute la longueur du sac. Je cherchai à réduire l'intestin isolément, mais ses connexions

avec le mésocôlon rendirent ces tentatives infructueuses. Qué fallait-il faire ? la *solidité des adhérences* ne permettait pas d'essayer de séparer le mésocôlon du sac, car à chaque coup de bistouri j'aurais couru le danger de blesser ou l'intestin ou le cordon spermatique, ou même tous les deux, et d'ailleurs les adhérences se continuant dans l'abdomen, mes tentatives seraient restées sans résultat, Je me décidai donc à réduire le sac avec son contenu. Pour y parvenir, il fut nécessaire d'agrandir l'ouverture, et encore cette réduction ne se fit-elle point sans difficultés. Au même moment, le malade fut pris d'un vomissement abondant, d'un liquide noirâtre et grumeleux. Les parties se déplacèrent de nouveau, et furent réduites immédiatement. La plaie fut pensée, et le malade replacé dans son lit. Le retour du vomissement reproduisit encore la hernie quoiqu'un aide appliquât la main avec force sur la région inguinale, il devint bientôt évident qu'il n'y avait rien à espérer.

Les vomissements se renouvelèrent de cinq en cinq minutes. Le malade devint bientôt insensible, rendit beaucoup de vents, eût une selle peu abondante et très fétide, s'affaissa graduellement et mourut 48 heures après l'opération.

OBSERVATION V

(M. Trélat. In. Bull. Soc. chir. 1863, p. 480.)

Hernie crurale étranglée. — Opération. — Adhérences. — Réduction sans dissection. — Fistule stercorale. — Guérison.

M. Trélat opéra, le 17 août, une femme de 40 ans environ,

atteinte de hernie crurale étranglée depuis deux jours. Le sac contenant un peu de liquide et une anse intestinale, rouge sombre, tendue, du volume d'un gros marron, le pédicule était *étroitement serré*.

Après débridement on put voir que l'anse intestinale, dans toute sa longueur, était saine, excepté en un petit point de couleur gris terne, mais elle semblait retenue vers son côté interne dans la profondeur du canal crural; c'était des *adhérences profondes, ne déterminant aucun étranglement*, mais ayant pour résultat de maintenir dans le fond de la plaie une très petite portion d'intestin. Un moment j'hésitai me demandant s'il ne fallait pas opérer la réduction malgré ces adhérences, mais comme rien ne faisait obstacle au cours des matières, tandis que, en essayant de détruire ces *adhérences que je ne pouvais voir*, je m'exposais à des accidents incertains, peut-être même à déterminer une perforation de l'intestin, je me décidai à laisser les choses en l'état qui suit : étranglement levé, intestin réduit. Le neuvième jour une fistule stercorale s'établit, elle guérit avant un mois.

OBSERVATION VI

(M. Berger. In. thèse de Boiffin.)

Entéro épiplocèle crurale très volumineuse avec sac épiploïque adhérent. — Kélotomie. — Mort.

Je fus appelé en février 1879 à l'hôpital de la Pitié pour une malade qui depuis 4 ou 5 jours présentait des accidents

d'étranglement : vomissements alimentaires le premier jour, qui cessent bientôt pour revenir le cinquième jour sous forme de vomissements fécaloïdes caractéristiques. Développement assez notable du ventre avec douleur prononcée vers la fosse iliaque droite ; depuis 5 jours, pas de selles, mais peut-être quelques émissions gazeuses. La tumeur, grosse comme le poing, occupe la région crurale droite, elle est un peu remontée vers la région inguinale, mais l'orifice inguinale est libre. La hernie a une consistance pâteuse, elle est peu tendue, peu douloureuse, sans changement de coloration à la peau. La malade nous dit qu'elle était depuis longtemps irréductible.

Opération immédiate avec chloroforme, sans taxis préalable. En incisant couche par couche, on rencontre un lipome herniaire, le sac est incisé sans que je me sois rendu compte du moment précis ; il est très mince et ne renferme pas de liquide ; je m'aperçois tout à coup que je me trouve en présence d'épiploon fort adhérent. Je le sépare de la face interne du sac en agissant tantôt avec le doigt, tantôt avec le bistouri et je remonte jusqu'à l'anneau crural auquel il est encore très fortement adhérent : en le décollant à ce niveau, je puis faire pénétrer mon doigt dans le ventre sans rencontrer d'intestin étranglé.

Ce n'est qu'en développant l'épiploon et en détachant les adhérences qui l'unissent au sac en arrière que je trouve *dans une sorte de deuxième sac constitué, en avant par l'épiploon, en arrière, par la partie postérieure du sac, ayant un orifice à part, très étroit, limité en dehors par l'épiploon adhérent, en dedans par le ligament de Gimbernat*, une anse complète très serrée, très congestionnée, mais ne paraissant pas profondément altérée.

Le débridement est difficile à cause de l'étroitesse de l'orifice ; je puis néanmoins réduire. Un tube à drainage est placé dans le sac où je retrouve l'épiploon ; suture, pansement antiseptique humide.

Les jours suivants il se déclare un peu d'épiploïte et même un phlegmon du sac. La malade qui avait du reste une affection cardiaque fut prise d'accidents pulmonaires, vers le 4^e jour, alors que l'on croyait la guérison probable. Le ventre était en bon état et les selles avaient repris leur cours. Elle mourut 3 jours après l'opération.

L'*Aulopsie* montra que l'intestin était sain et qu'il n'y avait pas trace de péritonite. Il existait une broncho pneumonie généralisée.

OBSERVATION VII

(In thèse de Boiffin.)

*Hernie crurale ancienne. — Etranglement. — Opération.
Adherences. — Réduction. — Guérison.*

Gau.. Juliette, 30 ans, domestique, entra le 21 février 1883, dans le service de M. Berger à la Charité.

Mauvaise santé habituelle. Il y a un an la malade s'aperçut que dans l'aîne du côté droit elle portait une petite tumeur siégeant à la partie interne et supérieure de la cuisse, du volume d'un œuf, douloureuse seulement après fatigue, diminuant considérablement dans le décubitus, surtout sous l'influence

des cataplasmes. Il y a six mois, après avoir ciré des parquets, sa tumeur devient très douloureuse et nécessite le repos et des bains. Dans les six derniers mois la tumeur conserva le même volume, mais toujours avec quelques douleurs. Samedi, après une discussion, la malade éprouva des douleurs plus vives à ce niveau sans augmentation de volume.

Le dimanche même état.

Le lundi dans la matinée nausées, vomissements, douleurs.

Le mardi. Même état, mais augmentation de volume notable de la tumeur. Vomissements alimentaires à peine verdâtres ; une selle dans la soirée, insomnie absolue dans la nuit, vomissements. Potion calmante rejetée aussitôt après avoir été prise.

Le mercredi. Vomissement à peine bilieux, volume de la tumeur semblable.

Jeudi matin. Vomissement dans la nuit ; insomnies ; douleurs vives dans le ventre et surtout au niveau de la tumeur. Les vomissements n'avaient point une odeur ni un goût très mauvais, rien qui rappelât les vomissements fécaloïdes. Le visage de la malade est animé, les yeux rouges, les lèvres sèches et croûteuses, la langue blanchâtre. Il n'y a eu aucune émission de gaz ou de matières par l'anus.

La tumeur a un peu augmenté de volume depuis la veille, elle égale à peu près le volume du poing, la peau est un peu tendue, un peu rouge à la partie externe ; la palpation en est très douloureuse ; sensation d'empâtement dans le tissu cellulaire, fluctuation profonde très nette. La percussion dénote une sonorité faible à la partie externe. Cette tumeur est indépendante de la peau, mais impossible à isoler des parties profondes ; son pédicule ne peut être nettement délimité ; la plus

grande partie se trouve au-dessous d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieur, à l'épine du pubis, son grand diamètre est à peu transversal. Douleur très vive dans l'hypogastre et le flanc droit.

M. Berger porta le diagnostic de hernie crurale irréductible et étranglée. En raison du début déjà éloigné, des douleurs, des vomissements, de l'absence d'émission de matières par l'anus, la rougeur de la peau, l'œdème sous-cutané indiquant un phlegmon stercoral, on ne pratiqua point de taxis, et il fut décidé qu'on recourrait immédiatement à l'opération de la kélotomie. Comme explication il faut noter une bronchite aiguë datant d'une huitaine de jours.

Une incision à peu près transversale au-dessous du pli de l'aîne mit rapidement à nu le sac de la hernie ; à son ouverture il s'écoula une quantité considérable de sérosité citrine. et au fond de la cavité on put reconnaître une anse intestinale assez volumineuse, violacée ; *présentant des adhérences multiples à la partie postérieure du sac* ; leur rupture détermine une hémorragie à la surface de l'intestin ; on ne peut attirer aussitôt l'intestin au dehors pour vérifier l'état du point où siégeait l'étranglement. Après des tentatives infructueuses de réduction, il fallut débrider à la partie interne avec un ténotome. Il s'écoule alors beaucoup de sérosité péritonéale ; on reconnut que l'intestin était en assez bon état quoique fortement congestionné ; on le réduisit et on fit la suture du sac au catgut, après en avoir réséqué une grande partie, puis la suture de la peau avec des fils métalliques. Pansement de Lister.

A 3 heures, douleurs vives dans l'hypogastre, le flanc droit et le régime ombilical. Vomissement bilieux, pas de météorisme pas de garde-robes, toux fréquente, fatigante. Traitement, 1/2

centigr. morphine en injections, glace sur le ventre et à l'intérieur

A 5 heures, moins de douleurs, nausées, mais plus de vomissements. Traitement. injection de morphine. Glace.

A 9 heures, douleurs localisées à l'hypogastre et au flanc droit, mais vives seulement dans les efforts de toux. Sommeil tranquille.

A une heure, douleurs, plus vives impossibilité d'uriner, le cathétérisme donne issue à un litre d'urine environ, nausées, pas de vomissements, pas de ballonnement. Pouls 104.

Le 23. Plusieurs vomissements bilieux ; affaiblissement notable, narines pulvérulentes. Les douleurs se sont un peu amoindries mais le ventre est sensible à la pression dans toute son étendue. Pouls 100. Même traitement : 4 injections de morphine de 1/2 centigr. chacune ; cognac glacé ; 2 cathétérismes.

Le 24. Nuit assez bonne. Sommeil tranquille, nausées fréquentes, vomissements bilieux rares. Douleurs bien moins vives ; état général meilleur, langue blanchâtre, mais humide. La malade demande du lait et se sent faim. Le ventre est un peu ballonné. Teinte subictérique de la face. Pouls 100.

Dans les jours suivants l'état général s'améliore rapidement et la guérison s'effectue sans présenter rien de notable.

La malade quittait le service le 25 mars, portant un bandage qui maintenait bien la hernie.

OBSERVATION VIII

Communiqué par M. Berger (in thèse de Boiffin).

Etranglement d'une hernie inguinale gauche depuis longtemps irréductible par adhérence de l'S iliaque du côlon à l'épiploon et de l'épiploon au sac. — Opération, mort. autopsie.

Bern, Pierre, Alphonse, âgé de soixante-dix-neuf ans, entre le 7 septembre 1884 à l'infirmerie de Bicêtre, salle Nélaton, n° 30, dans le service de M. Berger. Depuis sa jeunesse, le malade porte une hernie inguinale gauche, depuis plusieurs années elle est devenue partiellement irréductible, sans toute fois déterminer aucune espèce d'accident.

Il y a sept jours, elle est devenue rapidement beaucoup plus grosse que de coutume; depuis lors l'émission de matières solides et de gaz par l'anus a été totalement interrompue; une purgation donnée il y a 24 heures n'a amené aucun résultat, néanmoins il n'y a eu ni vomissements ni éructations; l'inappétence et même le dégoût des aliments sont absolus: le malade n'a pris aucun aliment depuis cinq jours.

Etat du malade. — Le 8 septembre au matin: Ventre ballonné, mais souple et nullement douloureux.

A gauche. — Il existe une hernie scrotale volumineuse, assez tendue, mais peu douloureuse. La sensation qu'elle donne au palper est principalement celle d'une masse d'épiploon; pourtant elle est sonore au voisinage de son pédicule qui est

tendu et très sensible. La main perçoit à ce niveau un gargouillement manifeste.

A droite. — L'on trouve une petite hernie crurale réductible.

L'état général est assez bon ; il n'y a ni fièvre, ni abaissement de la température ; le malade ne semble pas affaibli.

On prescrit l'application permanente de glace sur la hernie ; on administre une potion avec 10 centigrammes d'extrait thébaïque, et on a recours à l'alimentation liquide.

Le soir, l'état a peu changé ; la hernie présente les mêmes caractères ; le ventre n'est pas plus ballonné ; mais des éructations fréquentes se produisent.

9 septembre. Le malade n'a pas dormi ; il accuse beaucoup de fatigue et d'anxiété ; la langue est sèche et il y a un peu de fièvre. Le ventre est un peu plus ballonné ; il n'y a pas eu de vomissements, mais les éructations sont très fréquentes et aucun gaz n'a été rendu par l'anus. La hernie ne s'est pas modifiée.

M. Berger, craignant de laisser passer le temps favorable, en présence de ces phénomènes d'obstruction, se décide à ouvrir la hernie.

Opération. — Le 9 septembre à 9 h. 1/2 du matin, le malade est chloroformé, puis la région inguinale et les bourses étant rasées, M. Berger fait une incision de 12 centimètres remontant jusqu'à l'anneau inguinal externe, suivant le grand axe de la tumeur ; il faut lier quelques branches artérielles des honteuses externes ; puis le sac qui est fort épais est ouvert ; il s'en écoule une petite quantité de liquide. On trouve alors une grande quantité d'épiploon adhérent solidement au sac, et derrière lui une notable proportion de l'S iliaque (25 centim. environ).

L'épiploon est épaissi et congestionné ; il adhère intimement au fond du sac ; il est d'ailleurs comme fusionné avec les franges graisseuses que présente l'S iliaque qu'il maintient ainsi très solidement au fond du sac. Ces adhérences sont vasculaires et si étroites que l'on ne peut songer à détacher l'intestin de l'épiploon. Je prend alors le parti de réduire l'épiploon avec l'anse intestinale.

L'anneau qui est étroit et qui cependant peut admettre le bout du doigt est débridé en dehors, puis très fortement dilaté au moyen de tractions énergiques que l'on exerce sur lui avec des ciseaux courbes, agissant sur lui comme un crochet mousse.

On libère alors par une dissection minutieuse l'épiploon de ses adhérences au sac, les points qui fournissent un saignement appréciable sont liés avec du catgut. Puis le bout inférieur de l'intestin est réduit non sans difficultés ; la réduction du bout supérieur s'opère à son tour, mais avec beaucoup plus de peine encore ; il ne reste plus que la partie moyenne de l'anse étranglée unie à l'épiploon ; ce dernier est réduit avec elle. On ferme alors le collet du sac et l'orifice inguinal avec plusieurs points de suture au catgut, mais on n'extirpe pas le sac car il paraît très adhérent aux éléments du cordon et il paraîtrait imprudent de prolonger trop l'opération qui a duré déjà bien plus d'une heure. Un drain est introduit dans le sac et une suture au fil d'argent est faite sur les lèvres de l'incision des téguments et du sac. Pansement à l'iodoforme.

Le soir il y a une légère amélioration ; l'opéré a dormi. Quelques gaz ont été rendus par l'anus, mais la tension du ventre est la même et les éructations continuent, le malade a pu prendre un demi litre de lait ; la toux est fréquente.

Traitement. — 20 ventouses sèches sur la poitrine ; extrait thébaïque. o. 10 centigr. à l'intérieur.

Le 10. Les émissions gazeuses continuent. le malade boit abondamment ; ses urines sont abondantes et normales ; mais la langue est un peu sèche, la toux est fréquente, la peau chaude, la température est à 39°5

Le 11. Les phénomènes abdominaux s'amendent mais l'état des poumons s'aggrave ; le ballonnement du ventre a disparu, la langue est meilleure, mais il y a de la dyspnée et une abondante expectoration spumeuse. On réitère les ventouses et on administre à l'opéré du rhum à assez forte dose.

Le 12. L'état ne cesse pas de s'aggraver bien qu'il y ait eu la veille au soir deux garde-robes solides. Il y a toute la nuit du délire. ce matin encore, il existe une grande agitation avec carphologie ; langue sèche.

Dysnée intense ; pas d'expectoration ; râles abondants dans toute la poitrine ; léger souffle au niveau de l'omoplate droite.

Le 13 Il y a eu de nouvelles garde-robes ; l'état du ventre est bon ; mais l'état général empire : délire continu, dyspnée et fréquence respiratoire extrême ; submatité des deux côtés en arrière ; respiration soufflante, à droite. Gros râles dans toute l'étendue à droite.

Le pansement est renouvelé ; la plaie suppure et répand une odeur fétide : à sa partie supérieure est une tache gangreneuse de la largeur d'une pièce de 5 francs ; l'un des points de suture a cédé et à ce niveau se fait un suintement assez abondant. On lave le tube à drainage, une injection phéniquée est faite dans le sac ; on applique un pansement semblable au premier.

Le délire continue ; l'opéré succombe à 4 heures du soir,

Autopsie. — Le 15 septembre. — A l'ouverture du ventre on trouve l'intestin énormément distendu par les gaz, mais il n'existe ni liquide ni gaz dans le péritoine.

Le cœcum offre un volume considérable. Il est adhérent à la paroi abdominale antérieure (partie latérale gauche de la région sous-ombilicale). Il présente une perforation de 3 centimètres de long sur 5 à 6 millimètres de large bouchée par les adhérences qui l'unissent à la paroi.

Pas trace de péritonite d'ailleurs; la surface de l'intestin est assez congestionnée, mais il n'existe aucun exsudat, ni d'adhérences unissant les anses intestinales entre elles.

Au niveau de la fosse iliaque gauche on trouve l'S iliaque adhérent à la paroi. Il est maintenu par ses adhérences avec l'épiploon qui s'unit étroitement au pourtour de l'anneau inguinal.

On reconnaît très bien la portée de l'S iliaque qui était contenue dans la hernie, elle est absolument saine, l'épiploon jadis hernié, est très épaissi, un peu congestionné, mais ne présente pas de lésions graves.

Cette portion d'S iliaque présente la particularité suivante : Absence complète de mésocôlon le fixant à la région iliaque; son méso qui est celui du côlon descendant, va s'attacher à la région lombaire; l'intestin était retenu au fond du sac et est encore actuellement rattaché à l'orifice inguinal profond par les adhérences qu'il a contractées avec l'épiploon; celui-ci passe au devant de lui comme une corde volumineuse capable de l'étrangler; cette corde adhère d'une part au coude que forme l'S iliaque jadis engagé dans la hernie, et d'autre part à l'orifice herniaire. L'S iliaque dans cette position forme une

sorte de pont sous lequel s'engagent les anses d'intestin grêle.

L'anneau inguinal est oblitéré par l'épiploon.

Le sac n'est pas envahi par le sphacèle qui s'est emparé des lèvres de la plaie ; il est fibreux très épais et représente des stigmata nombreux. Le collet est très large mais extrêmement fibreux. L'artère épigastrique était située en dedans de l'orifice herniaire, et le canal déférent en arrière du sac.

Le gros intestin incisé suivant sa longueur présente les caractères suivants : Le *cæcum* est le siège d'une typhlite ancienne. A environ 10 centimètres au dessus de la valvule de Bauhin, existe une coloration à 4 centimètres sur 1 ayant détruit complètement la muqueuse et allaient jusqu'à la céréuse. Par places son fond semble n'être formé que par des adhérences qui se déchirent facilement au contact, ce fond est recouvert par un enduit pulpeux.

A 9 centimètres au dessus, se trouve une petite perforation circulaire qui était fixée par des adhérences à la paroi abdominale. Le pourtour de cette lésion présente une injection vive, le reste de la muqueuse cœcale a une coloration ardoisée.

Poumons. — Le droit est entouré dans toute son étendue d'adhérences anciennes. Il présente une carnification de son lobe inférieur, dont les fragments plongent au fond de l'eau (pneumonie chronique). Le lobe supérieur est sclérosé et présente un noyau d'induration crétacée considérable. Le gauche est fortement congestionné.

Le *foie* est gras.

OBSERVATION IX

(Pastouraud, interne des hôpitaux, in Bulletins de la Société anatomique 1877).

Hernie étranglée par une bride provenant du sac avec intégrité des anneaux et adhérences de l'intestin au sac.

Un homme de 45 ans, charretier, fut apporté le 22 mars à l'hôpital Lariboisière, pour des accidents causés par une grosse hernie scrotale.

Depuis longtemps il portait dans l'aîne droite une hernie, qui ne rentrait pas et ne lui avait jamais causé la moindre douleur, il ne portait pas de bandage.

Le 21 mars, à 6 heures du matin, sous l'influence d'une violente quinte de toux, il ressentit une vive douleur dans sa hernie qui augmenta subitement de volume. Deux heures après apparaissaient les vomissements qui se répétèrent toute la journée. Le lendemain, jour de son entrée à l'hôpital, la tumeur scrotale présentait le volume de deux poings, elle était tendue et très douloureuse.

Les vomissements avaient cessé, mais aucune selle ne s'était produite. L'état général était assez mauvais.

M. Tillaux pensant à une péritonite herniaire irréductible se contenta d'ordonner un bain prolongé après lequel on fit une légère tentative de taxis qui n'amena aucun changement dans la tumeur. Le soir, vers 7 ou 8 heures, les vomissements

fécaloïdes se montrèrent et à 2 heures du matin le malade était mort.

A l'autopsie on trouva un sac à parois très épaisses que l'on incisa verticalement et il s'écoula aussitôt un liquide séro-sanguinolent. Les anses intestinales qui se présentèrent les premières et qui étaient complètement saines furent facilement réduites dans la cavité abdominale à travers *un anneau très élargi pouvant laisser passer les trois doigts*.

Cependant la réduction n'était pas complète; une des anses paraissait fortement adhérente au fond du sac. On prolongea l'incision jusqu'au fond du scroctum et on aperçut alors une anse intestinale noirâtre, non perforée cependant et étranglée par une bride très forte dont les deux extrémités étaient adhérentes à la paroi postérieure du sac. Le bout supérieur de l'intestin contenu dans la hernie n'était pas libre non plus; avant de s'engager sous la bride il présentait sur *un coude qu'il formait à ce niveau, une forte adhérence au moyen de son épiploon*, mais très près des tuniques intestinales.

OBSERVATION X

(A. Cooper, page 231)

Hernie ancienne. — Traumatisme. — Déchirures d'adhérences et du mésentère.

Un homme de moyen âge qui était atteint depuis plusieurs années d'une hernie scrotale, pour laquelle il ne portait point

de bandage, reçut un violent coup du timon d'une voiture, qui vint frapper dans un point correspondant au collet de la tumeur je le vis une heure après, il était expirant ; le pouls était fréquent et faible ; il y avait des vomissements fréquents, et le malade accusait une vive douleur dans tout l'abdomen le point sur lequel le coup avait porté n'offrait à l'extérieur aucune plaie et n'était pas à beaucoup près aussi douloureux que le reste du ventre : la tumeur était beaucoup plus volumineuse qu'auparavant, mais elle ne présentait pas la tension que caractérise ordinairement l'étranglement de l'intestin, je n'éprouvai aucune difficulté à opérer la réduction qui n'amena aucun soulagement. Aussitôt que la pression exercée par ma main eut cessé, la tumeur reparut aussi volumineuse qu'auparavant.

Dans une consultation qui eut lieu, plusieurs purgatifs furent prescrits ; et l'opium fut administré de temps en temps, dans le but de diminuer les vomissements et les douleurs, mais aucun des moyens que nous imaginâmes ne put, pendant trois jours que le malade vécut encore, procurer aucune selle, ni aucun soulagement dans les douleurs.

Autopsie. — On ouvrit d'abord la tumeur herniaire qu'on trouva remplie de sang ; le sac ne paraissait pas avoir été lésé. L'abdomen contenait au moins trois pintes de sang qui provenait d'une déchirure du mésentère et de l'iléon. Il est probable qu'il avait existé, entre ces parties et le sac, des adhérences qui furent détruites au moment de l'accident. L'intestin avait été arraché du mésentère dans une étendue de cinq pouces.

OBSERVATION XI

(Louis, in Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, t. IV,
page 274),

Accidents dans une vieille hernie inguinale. — Adhérences.

Un vieil infirmier invalide, nommé *la Jeunesse* qui soutenait avec un large suspensoir une ancienne hernie complète, laquelle ne rentrait pas, souffrit de la douleur, accompagnée de nausées et de vomissements. M. Louis le fit mettre dans la situation perpendiculaire renversée, et parvint à faire rentrer non seulement les matières, mais encore les parties, dont le malaise était produit par un engouement.

Les accidents persévérèrent et faisaient même des progrès inquiétants. On conçut qu'il fallait que l'intestin revint dans son état habituel. Le malade marcha, on lui fit faire quelques sauts; la hernie reparut et les accidents se dissipèrent.

Cet homme mourut au bout de trois ou quatre ans; on vit par la dissection de la tumeur que le mésentère fournissait des appendices membraneux par lesquels il était adhérent au sac herniaire.

L'intestin ne pouvait pas rentrer sans souffrir étranglement par ces brides.

OBSERVATION XII

(M. Rouhier, *in* bull. soc. chir. 1862, p. 86).

Hernie enflammée sans étranglement. — Opération. — Adhérences. — Guérison.

Un homme âgé de 70 ans, porteur d'une hernie inguinale gauche ancienne, volumineuse et demeurée depuis longtemps sans réduction, est pris de coliques, de nausées, de vomissements, de ballonnement du ventre et de constipation. Ces accidents se développent lentement sans acuité.

Je ne vois le malade qu'au bout de huit jours, la tumeur herniaire est tendue, peu douloureuse, peau normale. Un engouement est diagnostiqué et les moyens usités en pareil cas sont mis en usage : ils ne réussissent pas : les accidents s'aggravant j'opère dix jours après leur début.

L'incision du sac amène la sortie d'un pus grumeleux d'odeur fétide dont la quantité équivaut à un verre environ.

Les parois du sac sont très épaisses et se relient par de nombreuses adhérences à l'intestin dont les traces d'inflammation sont évidentes mais qui n'offre pas d'autre altération.

Le volume des anses herniées est assez considérable elles n'ont pas subi de constriction : il n'y a pas de débridement à faire, les orifices sont libres.

Les anses herniées sont fortement distendues par des gaz ; une pression méthodique n'en refoule qu'une partie seulement le malade en rend quelques-uns.

Il ne faut pas songer à la réduction de l'intestin, les parois du sac sont simplement rapprochées, pansement à la charpie cératée, spica, quelques matières sont alors rendues par l'anus; le lendemain quatre selles.

Le malade se rétablit conservant sa hernie.

OBSERVATION XIII

(A. Cooper, page 341).

Hernie ombilicale ancienne. — Accidents. — Mort. — Etranglement dans un diverticule du sac. — Adhérences générales.

Une femme âgée de 48 ans, portait une hernie ombilicale, irréductible, très volumineuse; le 21 août, elle fut prise des symptômes de l'étranglement. Je vis la malade à dix heures; la tumeur était très dure et très volumineuse. Avant de faire des tentatives de réduction, j'administrai deux lavements de tabac.

La tumeur était tellement douloureuse à la pression, et à chaque tentative, les cris de la malade étaient si violents, enfin celle-ci opposait tant de résistance qu'il fut impossible de prolonger assez les efforts de réduction pour pouvoir atteindre le résultat désiré.

La malade passa la nuit dans un état effrayant, je n'ai jamais observé dans les symptômes une intensité pareille.

Le 22 août à sept heures et demie du matin, la peau qui recouvrait la tumeur était déjà atteinte de gangrène.

Tous les autres symptômes persistaient avec la même intensité. Dans un tel état de choses l'opération n'offrait aucune chance de salut.

Je me bornai donc à prescrire des fomentations sur la tumeur et l'opium à l'intérieur.

La malade ne survécut que dix-sept heures et demie après le début de l'étranglement.

Autopsie. — La tumeur contenait une grande partie du côlon ; vis-à-vis l'ombilic, dans le lieu où s'était montré la gangrène de la peau existait un *petit sac*, isolé de la cavité générale du sac, et dans lequel une portion distincte du *côlon* avait été *étranglée* et avait subi un changement de couleur beaucoup plus marquée que celui qu'avait subi la portion considérable du côlon renfermé dans le sac.

Sur les côtés du sac herniaire, existaient plusieurs sacs plus petits qui donnaient à son ensemble une grande ressemblance avec la forme d'un melon. *L'intestin* adhérait à toute la surface interne du sac.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Les accidents très graves auxquels expose la hernie adhérente, sont bien faits pour en assombrir le pronostic. Il serait pueril d'insister ici sur la gravité de l'étranglement de l'occlusion, de la péritonite herniaire.

Mais alors même que la hernie adhérente ne donne pas encore lieu à ses accidents, le pronostic est sérieux et beaucoup plus que pour une hernie simple. L'avenir est assombri par la menace des complications que nous venons de voir, mais le présent même comporte un pronostic réservé. Le malade souffre; il a des troubles digestifs, des petits accidents légers, mais souvent répétés, il s'affaiblit peu à peu et finit par succomber. Boiffin, dans sa thèse, a bien insisté sur ce point. « Un petit nombre de ces hernieux, dit-il, s'épuise lentement sans aucun de ces grands accidents, mais par une sorte de consommation, de nutrition insuffisante. — Dans ces cas, la tumeur a acquis des proportions monstrueuses, nous en avons observé un exemple remarquable pendant

que nous étions interne chez M. Verneuil; cette tumeur s'étalait dans le lit entre les cuisses qu'elle tenait écartées et descendait jusqu'aux genoux; la plus grande partie de l'intestin se trouvait évidemment dans la hernie, la verge avait depuis longtemps complètement disparu; ce malade, âgé de 65 ans, avait été apporté dans un état de marasme très avancé, l'appétit avait disparu, la constipation était opiniâtre; malgré tous les soins, cet homme déclina de plus en plus, sans phénomènes bien caractérisés, il s'éteignit enfin.

« D'ailleurs, dans tous les cas, le hernieux qui parvient à éviter les complications graves, n'en subit pas moins une déchéance vitale progressive. »

Quant au traitement, il doit être discuté en ses indications suivant deux circonstances: ou bien le malade est porteur d'une hernie adhérente simple, ou bien celle-ci est le siège d'accidents.

1^o *Hernie adhérente simple.* — Ces hernies n'étaient autrefois point traitées et Malgaigne, en 1840, fut un des plus ardents à préconiser l'abstention en pareil cas, il admettait le pseudo-étranglement dans la majorité des cas et s'il conseillait d'agir vite dans les étranglements vrais, il rejetait dans les autres non seulement l'intervention mais encore le taxis. — Ces idées devinrent encore plus dogmatiques quand Broca les eut soutenues. Longtemps elles persistèrent; mais les progrès de la chirurgie moderne et surtout de la chirurgie abdominale devaient changer considéra-

blement la face des choses. Aussi n'est-on point surpris de lire dans l'article de M. Jaboulay : « On peut dire d'une façon générale que la cure radicale est le traitement de choix des hernies adhérentes, et qu'on doit la proposer toutes les fois que l'opération n'est pas contre-indiquée par l'âge ou l'état général. » En effet, il semble logique d'intervenir contre une hernie qui devient difficile ou impossible à maintenir et c'est bien à cette difficulté, à cette impossibilité même que conduisent les adhérences.

D'autre part cependant, il ne faut pas oublier que l'opération comporte une gravité bien autre que celle de la cure radicale pour une hernie commune. L'opération sera toujours assez longue, assez délicate ; elle pourra être compliquée de plaie, de déchirure de l'intestin au cours de la dissection qui est toujours fort laborieuse. — Lors même que cette dissection a pu être faite sans accident, elle laisse un intestin saignant en nappe sur une surface parfois assez grande. Enfin les parois intestinales elles-mêmes sont généralement très altérées et se prêtent moins bien aux sutures. Ce sont là autant de considérations qui doivent rendre le chirurgien circonspect.

Dans les cas où on aura donc cru devoir s'en tenir à l'abstention, on ne sera pourtant pas absolument désarmé. Il est possible d'obtenir une amélioration réelle et d'amener la diminution du volume de la hernie en soumettant le malade au repos et à la compression élastique, en administrant des purgatifs d'abord et en entretenant ensuite la liberté du ventre avec des

laxatifs et un régime alimentaire régulier et sévère. — Trélat avait insisté sur les bons résultats qu'on peut ainsi obtenir.

Chaque fois donc qu'en face d'une hernie adhérente simple, on aura des raisons de craindre que les adhérences conduisent à une dissection étendue et trop laborieuse, chaque fois que l'intestin surtout paraîtra très adhérent, on peut se conduire de la sorte. A plus forte raison, devra-t-on se rallier à ce traitement palliatif quand l'âge avancé du malade ou son état général précaire aggravent encore les dangers de l'opération.

Dans ces cas il faut pourtant s'efforcer de maintenir la hernie aussi exactement que possible ; on utilisera dans ce but les bandages herniaires spéciaux avec pelote concave, ou encore les suspensoirs en tissus élastiques si la hernie est très volumineuse.

Si le malade présente quelques accidents légers, ceux-ci militent en faveur de l'opération, car même lorsque ces accidents passent vite, on ne doit pas oublier qu'ils se reproduiront, de plus en plus fréquents, de plus en plus intenses, jusqu'à l'apparition des accidents graves, et qui forcent en quelque sorte la main du chirurgien. — L'intervention, sérieuse en pareil cas, est loin d'avoir la gravité des opérations pratiquées au cours des accidents graves.

2° *Hernie adhérente avec accidents graves.* — Dans ces circonstances l'hésitation n'est plus aujourd'hui permise, il faut intervenir dans le plus bref délai ;

l'indication est formelle dans tous les cas, mais on pourra, comme nous allons le voir à l'instant, être amené au cours de l'intervention à choisir entre plusieurs opérations dont les degrés de gravité sont variables.

En général, lorsqu'on opère une hernie adhérente simple, la conduite à tenir varie suivant la nature et l'étendue de ces adhérences, suivant aussi qu'il s'agit de l'intestin ou de l'épiploon.

Les adhérences épiploïques, lâches et minces peuvent être détruites avec le doigt, mais on risque toujours de déchirer des vaisseaux, d'autant plus que cette portion de l'épiploon est toujours altérée et friable; mieux vaut donc sectionner ces adhérences entre deux ligatures.

Lorsque l'épiploon semble être fusionné avec le sac, en un point, il vaut mieux réséquer une portion de celui-là après l'avoir soigneusement lié à l'aide d'une ligature en chaîne comme le recommande G. Lucas Champonnière.

Mais l'épiploon n'adhère pas toujours au sac seulement; il peut s'être plus ou moins intimement fusionné avec l'intestin. Dans ce cas la conduite du chirurgien ne sera guère différente; il est facile de couper entre deux ligatures des adhérences lâches, et on ne craindra pas de laisser quelque peu d'épiploon adhérent à l'intestin après la résection, car les adhérences sont alors vascularisées par des vaisseaux de formation nouvelle qui en assurent la nutrition. On

s'efforcera cependant de laisser le moins de débris possible adhérents à l'intestin.

Les adhérences intestinales, qui sont bien plus rares sont aussi beaucoup plus difficiles à traiter. Quand elles sont récentes, glutineuses, elles se détachent facilement ; si elles sont longues, leur section entre ligatures ne présente aucune difficulté ; mais il arrive parfois de les trouver si courtes que l'intestin semble se fusionner directement avec le sac, au point qu'il est difficile d'établir la limite entre les deux, même par la dissection ; c'est ainsi que dans notre observation la fusion du viscère avec le sac séreux était presque complète, si bien que pendant la dissection du sac, l'intestin fut ouvert en plusieurs points.

Si ces adhérences courtes et directes ne sont pas très étendues, on peut détacher la portion correspondante du sac qu'on laisse fixée à l'intestin ; cette conduite est la plus prudente, car l'altération des parois de l'intestin se prêterait mal à une dissection. On pourra ainsi réduire sans inconvénients.

Mais quand les adhérences sont très étendues, lorsque les anses sont fusionnées à la fois entre elles, avec l'épiploon et avec la presque totalité du sac, il ne faut point s'attarder à une dangereuse dissection. Mieux vaut prolonger l'incision, débrider largement l'anneau et faire en un mot une hernio-laparotomie ; on trouve alors un intestin sain, un épiploon libre. Après avoir repéré le péritoine ainsi sectionné, on résèque l'épiploon entre deux ligatures et on sectionne l'anse intestinale pour faire ensuite une entérorrhaphie circulaire.

On termine l'opération par l'ablation du sac et de son contenu adhérent en un seul bloc, et il ne reste qu'à refermer l'abdomen avec un surjet péritonéal et une suture solide de la paroi; c'est ce qui fut fait avec succès dans le cas que nous rapportons.

Si pourtant l'état général du malade est grave et menaçant, s'il y a des accidents graves d'obstruction, de péritonite herniaire avec gangrène et perforation, une telle opération devient extrêmement grave. On n'oubliera pas qu'en pareille circonstance les parois intestinales altérées sur une longue étendue dans l'abdomen même, se prêtent mal à une suture circulaire qui aura grandes chances de ne pas tenir et de s'infecter. Mieux vaut alors se contenter de créer un anus artificiel, parant ainsi au plus pressé. Ensuite, quand le malade aura repris des forces et présentera un meilleur état général, on aura le loisir d'entreprendre par un des procédés connus, la cure *de cet anus* contre nature.



CONCLUSIONS

I. — Les hernies adhérentes inflammatoires diffèrent essentiellement des hernies adhérentes par glissement, par leur pathogénie, leur anatomie pathologique et leur traitement. Il convient donc de les séparer.

II. — Ce sont surtout les grosses hernies, anciennes, mal soignées, mal réduites qui sont le siège d'adhérences.

III. — Celles-ci peuvent être lâches ou serrées, dures et fibreuses ou molles. Parfois il y a fusion totale du sac avec son contenu.

IV. — Les hernies adhérentes peuvent, le plus souvent, être diagnostiquées avant l'opération par les symptômes que nous avons exposés, mais il est difficile parfois de préciser le mode d'adhérence (inflammatoire ou par glissement).

V. — Les hernies adhérentes exposent à des accidents graves d'occlusion, d'étranglement, etc., qui assombrissent leur pronostic et rendent plus formelle l'indication opératoire.

VI. — Il est cependant des cas où l'abstention s'impose : l'état général du malade, son âge avancé, en l'absence d'accidents graves et immédiatement menaçants, constituent les contre-indications opératoires.

VII. — La cure radicale après libération des adhérences et résection de l'épiploon est l'opération de choix quand elle est possible ; mais si les adhérences sont très étendues et rendent la dissection presque impossible et dangereuse, mieux vaut recourir à la hernio-laparotomie, et à l'entérorrhaphie circulaire.

VIII. — Dans les cas d'accidents graves, avec altération profonde des parois intestinales et état général inquiétant, la prudence conduit à faire l'anus contre nature, quitte à traiter ultérieurement cette infirmité.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : pour le Doyen,
L'Assesseur, DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Anderson.* — Semaine méd., 1895.
Barette — Thèse de Paris, 1883.
Benno-Schmidt. — Deutsch. chir., 1896, p. 127.
Berger. — Traité de chir. de Duplay et Reclus, 2^e édit.,
tom. VI, p. 105.
Boiffin. — Thèse de Paris, 1887.
Bourguet. — Soc. de chir., 1880.
Chavannaz (de Bordeaux). — Obs. rapp. par Broca, Soc. de
chir., 20 juin 1900.
Cooper (A.). — Œuvres chirurgicales. Trad. par Chassaigne et
Richelot, 1837.
De Mayo. — Thèse de Paris, 1897.
Harlmann. — Société anatomique, 1883.
Harlmann (H.). — France méd., 1^{er} mars 1887, p. 305 et
317.
Jaboulay. — Traité de chir. Le Dentu et Delbet. tome VII,
page 653.

- Julliard.* — Congrès de chir., 1895.
Klein. — Thèse inaugurale de Geissen, 1868.
Le Dentu. — Diction de méd et chir. pratiq., 1873.
Lingen. — Saint-Pétersbourg méd. Wochensch, 1883.
Lucas Championnière (J.). — Cure radicale des hernies, 1887.
Luther. — Holden arch. gén. de méd., 1847.
Maunoury. — Thèse inaugurale, 1819.
Mougeot. — Thèse de Paris, 1874.
Nicaise. — Gaz. méd. de Paris.
Nurdin. — Thèse Paris, 1897.
Petit (J.-L.). — Traité des maladies chirurgicales, 1838.
Peyrot. — Manuel de path. ext., t. III, p. 544.
Trélat. — Soc. de chir., 1871.

